Plan van aanpak middellange termijn doorontwikkeling dbc's medisch-specialistische zorg

Balanceren tussen stabiliteit en ruimte voor vernieuwing

april 2016

Inhoud

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

In de periode 2005 tot 2012 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) prestatiebekostiging in de medisch-specialistische zorg ingevoerd, met vanaf 2012 de dbc-productstructuur als prestatie- en tariferingssysteem. In de jaren 2012 tot en met 2015 is aan de hand van de doorontwikkelagenda DOT het systeem verder verbeterd. De bruikbaarheid en hanteerbaarheid van het systeem in relatie tot prestatiebekostiging speelde een belangrijke rol bij het doorvoeren van wijzigingen in deze periode. Ook andere beleidswijzigingen met betrekking tot prestatiebekostiging, zoals de invoering van integrale tarieven, zijn inmiddels naar het systeem vertaald. De NZa vindt 2016 dan ook een geschikt moment om het huidige systeem met (veld)partijen te evalueren en een toekomstscenario te bepalen voor de (middel)lange termijn.

In ons plan van aanpak voor het toekomstscenario betrekken wij ook de ontwikkelingen op de volgende onderwerpen:
- Jaarrekeningentraject medisch-specialistische zorg
- Kostenbewustzijn
- ICD-10
- Dereguleringswensen[1]

1.2 Scope

De NZa levert in april 2016 een plan van aanpak voor de doorontwikkeling van de productstructuur voor medisch-specialistische zorg op aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). VWS heeft in haar opdrachtbrief[2] een aantal thema's en aandachtspunten genoemd die binnen het advies aan bod moeten komen. Onderstaand worden de thema's en aandachtspunten weergegeven:

Thema's
- Reële prijzen
- Patiënt meer centraal
- Innovatieve vormen van bekostiging
- Terugdringen administratieve lasten

Aandachtspunten
- Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid
- Transparantie
- Voorkomen van fouten en fraude
- Snelheid van informatievoorziening
- Rust en stabiliteit

De reikwijdte van het plan van aanpak is, conform de opdracht van VWS, beperkt tot de medisch-specialistische zorg. Hieronder valt ook de revalidatiezorg (msrz en grz). Deze sectoren zijn echter bezig met een

---

[1] Zie rapport NZa 'Stand van de zorgmarkten', oktober 2015 en Kamerbrief 'Kwaliteit loont', februari 2015.
[2] Zie brief VWS 'Plan van aanpak ontwikkeling en vereenvoudiging productstructuur medisch-specialistische zorg', april 2015.

doorontwikkeltraject gericht op het ontwikkelen van een medisch herkenbare, transparante en kostenhomogene productstructuur, die geschikt is voor prestatiebekostiging en die patiënten meer inzicht geeft in de aangeboden behandeling.[3] Daarom is het uitgangspunt 'rust en stabiliteit' voor de middellange termijn niet van toepassing voor de revalidatiezorg. Met deze kanttekening beschouwen wij de overige punten uit dit plan van aanpak wel van toepassing op de revalidatiezorg. Ook maken kaakchirurgie, eerstelijnsdiagnostiek en trombosezorg onderdeel uit van dit plan van aanpak. Hoewel in deze deelsectoren geen dbc-systematiek geldt, maken deze gebieden wel onderdeel uit van de regelgeving medisch-specialistische zorg en is het toetsingskader ook hierop van toepassing.

Verder ligt de focus in dit plan van aanpak op de doorontwikkeling op de middellange termijn. Dit laat onverlet dat wij, waar mogelijk, oog hebben voor de aansluiting met andere sectoren/ontschotting en de doorontwikkeling op de lange termijn.

1.3 Leeswijzer

In het plan van aanpak zijn allereerst de doelen en functies van het huidige dbc-systeem beschreven (hoofdstuk 2). Het plan van aanpak beschrijft vervolgens de route van 2017 naar 2020 (middellange termijn) en de route vanaf 2020 (lange termijn). Hierna werken wij het plan van aanpak uit in een activiteitenkalender (hoofdstuk 5) voor de kalenderjaren 2016 tot 2020. Tot slot geven wij in hoofdstuk 6 de reacties naar aanleiding van de consultatie weer en verantwoorden wij hoe deze reacties zijn verwerkt in het plan van aanpak.

[3] Zie gezamenlijk plan van aanpak 'Doorontwikkeling productstructuur medisch-specialistische revalidatiezorg', NZa/ZN/RN/VRA, april 2016.

2. Doelen en functies dbc-systeem

2.1 Hoofddoelen en systeemeisen

Het dbc-systeem is ruim 10 jaar geleden ingevoerd. Dit dbc-systeem moest worden uitgebouwd tot het bekostigingsmodel voor de medisch-specialistische zorg. Door binnen het zorgtraject de diagnose te koppelen aan uitgevoerde (be)handelingen ontstond inzicht in de geleverde zorg (transparantie). Het model diende de beoogde nieuwe rol van zorgverzekeraars op het gebied van inkoop te ondersteunen en een instrument vormen voor zowel prijsregulering, kwaliteitsafspraken als (vooral) vrije prijsonderhandelingen binnen een systeem van prestatiebekostiging. De hoofddoelen voor gebruik waren dan ook:
- in- en verkoop (onderhandelingstaal);
- declaratie (zowel met als zonder prijsregulering).

Uit deze hoofddoelen vloeiden de volgende systeemeisen voort:
- kostenhomogeniteit;
- medische herkenbaarheid van in te kopen en te declareren prestaties/producten;
- stimuleren van doelmatigheid.

De te definiëren prestaties moeten door de gebruikers (zorgverleners, zorginkopers, patiënten) herkend kunnen worden (medische herkenbaarheid) en er moet een reële vergoeding voor kosten aan te koppelen zijn (kostenhomogeniteit). Dbc's dienden de relatie tussen kosten, prestatie en vergoeding/tarief te herstellen. Een relatie die in de budgettering verloren was gegaan. Het systeem stimuleert doelmatigheid doordat producten en prijzen worden gebaseerd op een gemiddeld zorgprofiel en gemiddelde kosten.

In het eerste generatie dbc-systeem bestond een zeer groot aantal mogelijke prestaties. De introductie van de tweede generatie dbc's (project DBC's op weg naar Transparantie: DOT) heeft het grote aantal prestaties teruggebracht, maar alsnog kent het huidige dbc-systeem een groot aantal declaratietitels. De systeemeisen (waaronder kostenhomogeniteit en medische herkenbaarheid) en de keuze om de diagnose in de afleiding een prominente rol te geven hebben in het huidige systeem tot 4.500 zorgproducten geleid.

Een omvangrijk systeem is echter niet automatisch een complex systeem. Het aantal producten, en bijbehorende registratie- en declaratieverplichtingen, is niet de enige oorzaak van complexiteit of knelpunten in de toepasbaarheid. Andere factoren hebben daar ook aan bijgedragen. Deze factoren zullen we hieronder verder beschrijven.

2.2 Nevenfuncties

Door de jaren heen is het gebruik van het dbc-systeem verbreed tot (veel) meer dan de hiervoor beschreven hoofddoelen en zijn diverse aanpassingen in het systeem ingevoerd die voor alleen inkoop en declaratie strikt genomen niet noodzakelijk zijn:
- Afrekening eigen risico[4] van de burger binnen een systeem van prijzen gebaseerd op gemiddelde kosten. Door de stijging van het

[4] Het eigen risico in de huidige vorm is ingevoerd in 2008 bij de invoering van de Zvw was er een no claim teruggave van maximaal € 255. Sinds 2008 is het eigen risico gestegen van € 150 naar € 385 (afgezien van het vrijwillig eigen risico).

wettelijk verplicht eigen risico zijn burgers prijsgevoeliger geworden. Hierdoor zijn op aanwijzing van VWS diverse aanpassingen binnen het systeem doorgevoerd (in het verleden consult-dbc, recentelijk de herijking van ambulante clusters met zorgactiviteiten). Al die wijzigingen hebben impact op de contractering en de hanteerbaarheid van het systeem door partijen gehad.
- Het onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde zorg binnen het systeem en binnen prestaties (onverzekerde deelbehandeling binnen een verzekerde prestatie);
- Het onderscheid tussen Wbmv-zorg en overige zorg;
- Informatievoorziening op basis van de declaratiestroom:
  - Macro uitgaven: voor het monitoren van de afspraken in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord, de toepassing van het macrobeheersinstrument (MBI). De wens van VWS om sneller zicht te krijgen op de uitgaven was de directe aanleiding voor het verkorten van de doorlooptijd van de dbc's.
  - Verplichte aanlevering door zorgverzekeraars van gegevens voor de risicoverevening.
  - Inzicht in omvang onderhanden werk.
  - Onderhoud van tarieven en prestaties op basis van aangeleverde kostprijzen.
  - Verantwoording en controle: verplichte vermelding zorgactiviteiten, verduidelijking definities zoals dagverpleging, verpleegdag etcetera.

Al deze informatiestromen, die gebaseerd zijn op door zorgaanbieders aangeleverde declaraties en aanvullende informatie, belasten het systeem. Iedere nieuwe eis betekent immers een grotere administratieve last en iedere wijziging heeft automatisch doorwerking op een groot aantal gebieden. In de praktijk wordt het dbc-systeem ook gebruikt voor de interne sturing van de bedrijfsvoering van instellingen. De doorgevoerde wijzigingen leiden tot veel aanpassingen binnen de informatiesystemen van instellingen en de opbouw van historische informatie als referentiemateriaal wordt hiermee bemoeilijkt.

2.3 Context in verandering

Behalve deze van buitenaf opgelegde nieuwe gebruiksdoelen wordt het dbc-systeem, ten opzichte van de beginfase, in een andere context gebruikt. Hierbij is te denken aan het afschaffen van de budgettering, de groei van het vrije segment (van 10% van de omzet in 2005 tot bijna 80% nu), invoering van integrale tarieven, toegenomen risicodragendheid van zorgverzekeraars en de dreiging van inzet van het macrobeheersinstrument. Een deel van deze ontwikkelingen heeft gezorgd voor extra complicerende factoren. Een voorbeeld is de gegroeide praktijk van de dubbele contractafspraken (omzetplafond en prijzen) waarop instellingen intern moeten sturen. Daarnaast is er sprake van een grotere nadruk op correct declareren en verantwoorden, mede ingegeven vanuit de toezichtsonderzoeken van de NZa en de zelfonderzoeken door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit heeft geleid tot een behoefte aan nadere invulling van relatief open normen (die in elk model voorkomen).
Het lastige aan deze ontwikkelingen is dat de diverse oorzaken ieder voor zich plausibel zijn en zelfs vanuit de publieke belangen noodzakelijk zijn in het kader van de werking van het zorgstelsel. Tegelijk boet het systeem in de praktijk aan werkbaarheid voor veldpartijen in. Bovendien leidt de complexiteit er toe dat wijzigingen in het systeem onvoorziene effecten hebben op andere terreinen. Met name op het niveau van individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars heeft dat een negatieve invloed op de bruikbaarheid van het systeem.

2.4 Reflectie

Het dbc-systeem voldoet op hoofdlijnen aan de doelstellingen. Echter, de grote verscheidenheid aan doelen en functies maakt dat het gebruik van het dbc-systeem complex is of als zodanig wordt ervaren. Dit vormt aanleiding om deze doelen en functies van het dbc-systeem te heroverwegen met het oog op vereenvoudiging. Een en ander betekent ook dat we zorgvuldig moeten omgaan met veranderingen aanbrengen in het systeem. In de volgende hoofdstukken schetsen we welke stappen de NZa denkt te zetten in de doorontwikkeling voor de komende periode op de middellange en lange termijn.

3. Route van 2017 naar 2020

Bij het toekomstscenario maken wij onderscheid gemaakt in ontwikkelingen voor de middellange termijn (2017 tot 2020) en doelstellingen voor de lange termijn (2020 en verder). Hierbij kan opgemerkt worden dat de tijdslijnen richtinggevend zijn (in aansluiting op de opdrachtbrief van VWS), maar het jaar 2020 niet als scherpe grens wordt gezien. In dit hoofdstuk geven wij ons voorstel voor de ontwikkelingen op de middellange termijn weer. Het plan van aanpak voor de middellange termijn zoals beschreven in dit hoofdstuk richt zich op stabiliteit en rust in het bekostiging- en declaratiesysteem.

3.1 Rust en stabiliteit centraal

Het dbc-systeem voldoet op hoofdlijnen voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er is een uniforme onderhandelingstaal en zowel prestatiebekostiging (2012) als integrale tarieven (2015) zijn ingevoerd. Dit systeem met prestatiedefinities is een instrument om het zorgstelsel beter te laten functioneren. Er is bij veldpartijen nu vooral behoefte aan rust en stabiliteit in het bekostiging- en declaratiesysteem. Wij definiëren stabiliteit van een declaratiesysteem primair als het vermijden van trendbreuken. Voorbeelden van trendbreuken in het verleden zijn de invoering van DOT (2012), het verkorten van de maximale doorlooptijd van dbc-zorgproducten (2015) en het herinrichten van de productstructuur voor spoedeisende hulp en licht complexe zorg (2016). Ook het bepalen van de tarieven op basis van werkelijke kostprijsgegevens per 2014 kan als trendbreuk worden beschouwd. Deze wijzigingen hebben in meer of mindere mate een impact op de contractering gehad. Voor dergelijke systeemwijzigingen en andere niet-noodzakelijke wijzigingen is in de periode tot 2020 in beginsel geen ruimte.

3.2 Vervroegen beleidscyclus

Bij de overgang naar de tweede generatie dbc's was er een grote behoefte bij (veld)partijen om veel mogelijkheden te hebben om prestaties, tarieven en regelgeving te actualiseren. In de periode 2012 t/m 2014 is er gewerkt met vier dbc-pakketten per jaar (releases), twee voorafgaand aan de start van het jaar en twee lopende het jaar. Per 2015 is dit aantal teruggebracht naar maximaal twee releases per jaar. Tegelijkertijd is de beleidscyclus voor de gehele curatieve zorg per 2015 vervroegd. Op dit moment stelt de NZa uiterlijk 1 juli jaar t-1 het beleid (prestaties, tarieven en regelgeving) voor jaar t vast. Met deze maatregelen heeft de NZa beoogd partijen beter in staat stellen tijdig te contracteren en daarmee de verzekerde/patiënt tijdig te informeren over de inhoud van de zorgpolis.

De NZa heeft de intentie om de beleidscyclus voor de medisch-specialistische zorg voor 2018 verder te vervroegen naar 1 maart jaar t-1. Zorgverzekeraars moeten namelijk hun inkoopbeleid voor jaar t op 1 april jaar t-1 kenbaar maken. Het vervroegen van dit tijdstip naar 1 maart kan de contracteercyclus verder faciliteren.

Om de beleidscyclus te kunnen vervroegen is tijdige besluitvorming over relevante wetgeving en beleidswensen vanuit het ministerie van VWS een randvoorwaarde. Dit betekent onder meer dat VWS tijdig

duidelijkheid moet geven over de financiële kaders, indexatie en het verzekerde pakket. Daarnaast heeft het vervroegen van de beleidscyclus gevolgen voor verzoeken vanuit zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor wijzigingen in beleid, prestaties en/of tarieven. Bij uitwerking van het vervroegen van de beleidscyclus zullen de gewijzigde besluitvormings- en indieningstermijnen kenbaar worden gemaakt. Deze termijnen kunnen tot gevolg hebben dat enigszins ingeboet wordt op de actualiteit van het dbc-systeem.

3.3 Stringent toetsingskader

Tegelijkertijd is het zorgstelsel en de zorg continu in beweging. Dit verklaart dat er zowel vanuit privaat als publiek domein noodzaak tot aanpassing en doorontwikkeling bestaat. De NZa ontving de afgelopen jaren veel individuele verzoeken (300 á 400 verzoeken per jaar) van veldpartijen voor wijziging van het dbc-systeem in de medisch-specialistische zorg. Aangezien wij het belang onderschrijven dat 'rust en stabiliteit' de komende jaren centraal staat, voeren we alleen nog strikt noodzakelijke wijzigingen door. Dit betekent dat we bij het doorvoeren van wijzigingen een goede afweging maken van de (publieke) noodzaak ten opzichte van de impact.

Om eenduidig invulling te geven aan de definitie 'strikt noodzakelijk', ontwikkelen we, in afstemming met veldpartijen, een stringent toetsingskader. Hierbij kan gedacht worden aan:

- Het uitgangspunt is dat de NZa geen wijziging in de productstructuur doorvoert als zorgaanbieders en zorgverzekeraars binnen de bestaande productstructuur voldoende mogelijkheden hebben om bekostiging te realiseren.
- Onderscheid maken tussen A-segment en het B-segment (voor zover mogelijk): In het vrije segment kan via de prijs veel worden gecorrigeerd door veldpartijen zelf. Wijzigingen als gevolg van knelpunten in het gereguleerde segment beschouwen we sneller als noodzakelijk, omdat er minder tariefvrijheid bestaat.
- Onderscheid maken tussen Zvw- en niet-Zvw zorg: De NZa zal zich terughoudend opstellen als het gaat om wijzigingen die betrekking hebben op zorg buiten de aanspraak van de basisverzekering Zvw.[5] Hierbij moet onderscheid gemaakt worden tussen zorg die expliciet is uitgesloten van de aanspraak van de basisverzekering Zvw (bijv. cosmetische chirurgie) en experimentele/innovatieve zorg die niet voldoet aan het criterium 'stand der wetenschap en praktijk' en om die reden (vooralsnog) buiten de basisverzekering valt. De noodzaak tot (wijziging in) regulering is beperkt voor de eerste categorie.

Bepaalde onderwerpen komen eerder in aanmerking voor het doorvoeren van een wijziging in het dbc-systeem. Hierbij kan gedacht worden aan:

- Wijzigingen als gevolg van nieuwe en/of veranderde wetgeving.
- Wijzigingen als gevolg van innovatie en het verwijderen van prestaties voor obsolete en/of onveilige zorg.

Naast noodzakelijkheid wegen wij ook de impact van een wijziging mee in de besluitvorming. Dit om in te kunnen schatten of het doorvoeren van een wijziging proportioneel is. Onder impact verstaan wij primair een verschuiving van casemix en zorgprofielen, waardoor de contractering beïnvloed wordt. Met casemix wordt bedoeld: de verhouding tussen het volume van de zorgproducten. Onder zorgprofielen verstaan we de inhoud van het zorgproduct in termen van zorgactiviteiten. Secundair speelt de impact op de administratieve lasten in de gehele keten een rol.

[5] Hierbij moet het traject deregulering Wmg in ogenschouw worden genomen.

Het begrip ‘impact’ moet verder geoperationaliseerd worden in het toetsingskader.

3.4 ‘Quick wins’

Het toetsingskader is primair bedoeld om een eenduidig beeld te geven van de wijze waarop de NZa wijzigingsverzoeken van veldpartijen beoordeelt. Langs ditzelfde kader legt de NZa de beleidsopvattingen vanuit de overheid (VWS, NZa, overige overheidspartijen). Alleen wijzigingen die geen of beperkte impact hebben op de bekostiging en declaraties zullen wij op de doorontwikkelagenda zetten. Dit betekent niet dat er geen wijzigingen plaats kunnen vinden, maar dat dit zogeheten ‘quick wins’ moeten zijn, namelijk verbeterslagen die zonder veel impact doorgevoerd kunnen worden. Het uitgangspunt bij deze ‘quick wins’ is dat het huidige knelpunten oplost, maar dat de impact van de wijziging beperkt is. Hierbij valt te denken aan de volgende thema’s:

- Verduidelijken onderscheid en samenhang tussen aanspraak en bekostiging. Hierbij kan gedacht worden aan het dereguleren van prestaties ten aanzien van onverzekerde zorg (zie ook paragraaf 3.2. toetsingskader).
- Uitbreiden van het vrije segment. De NZa heeft VWS in 2015 geïnformeerd over de productgroepen die hiervoor (in de toekomst) in aanmerking kunnen komen.[6] In overleg met veldpartijen kan verkend worden welke stappen gezet moeten worden om deze (en eventuele andere) productgroepen over te hevelen naar het vrije segment. Hierbij valt te denken aan eerstelijnsdiagnostiek, kindergeneeskunde, revalidatiezorg en/of kaakchirurgie. Belangrijke randvoorwaarden bij een overgang naar vrije prijzen zijn voldoende marktdynamiek en een stabiele productstructuur met voldoende transparantie van informatie over de geleverde zorg. Voor het uitbreiden van het vrije segment is een aanwijzing van VWS noodzakelijk.
- Het niet meer jaarlijks herijken van de maximumtarieven in het gereguleerde segment. Op dit moment vindt in de praktijk jaarlijks een algehele herijking van de maximumtarieven plaats. Het eens per 2 of 3 jaar, in plaats van jaarlijks, herijken van de tarieven kan bijdragen aan de stabiliteit van het dbc-systeem en de contractering faciliteren. Randvoorwaarde hierbij is een stabiele productstructuur.

4. Route vanaf 2020

VWS heeft ons verzocht om een plan van aanpak op te stellen voor de middellange termijn (c.a. 2020). Mede gezien de roep om rust en stabiliteit vindt de NZa het van belang om eventuele fundamentele systeemwijzigingen alleen door te voeren op het moment dat deze een structureel en toekomstbestendig karakter hebben. Dit vraagt om herbezinning en visievorming over de toekomstige bekostiging van de medisch-specialistische zorg. Hierbij moeten ook de doelen/functies van de huidige dbc-systematiek heroverwogen worden. Dit plan van aanpak bevat geen concreet toekomstscenario, maar bevat wel de route om te komen tot deze visie. Dit biedt de mogelijkheid om als NZa, gezamenlijk met (veld)partijen de inhoud van de strategische agenda nader invulling te geven. Bovendien is dit een opmaat naar het Meerjarig Strategisch Beleidsplan van de NZa, dat komende zomer wordt gepubliceerd. Dit plan van aanpak zal een plek krijgen in de integrale visie van de NZa op de regulering van de (curatieve) zorg.

In dit hoofdstuk gaan wij verder in op de route vanaf 2020. Wij stellen voor om de route vanaf 2020 vorm te geven op basis van een gezamenlijke strategische agenda van de NZa en (veld)partijen. Op deze agenda kunnen de volgende onderwerpen een plek krijgen.

4.1 Patiënt meer centraal

Met het begrip 'patiënt meer centraal' wordt bedoeld dat de zorgvraag van de patiënt in het systeem leidend wordt. In de huidige vormgeving is het specialisme nog vaak leidend en wordt er voor één zorgvraag door meerdere specialismen één zorgproduct gedeclareerd. Dit sluit niet aan bij het uitgangspunt van een functioneel omschreven bekostigingssysteem, waarin niet wie de zorg levert, maar welke zorg geleverd wordt, bepalend is.

Dit thema weerspiegelt bovendien enkele ambities in de zorgverlening, namelijk:
- Zorg moet georganiseerd worden rondom de patiënt en niet rondom het handelen van de medisch specialist of het specialisme.
- De patiënt en zijn aandoeningen moeten integraal benaderd worden.

Voor beide punten geldt dat richtlijnen en protocollen een belangrijke basis kunnen vormen om deze ambitie waar te kunnen maken en kwaliteit van zorg te kunnen borgen.

4.1.1 ICD-10

ICD-10 kan als middel dienen om het begrip 'patiënt meer centraal' vorm te geven. VWS heeft in haar opdrachtbrief gevraagd om in dit plan van aanpak expliciet stil te staan bij de integratie van ICD-10 in de productstructuur. Uniforme diagnoses op basis van ICD-10 kunnen bijdragen bij aan een meer patiëntgerichte, specialisme-overstijgende productstructuur. Mede vanwege die reden heeft de NZa instellingen een informatieverplichting opgelegd om per 2015 de ICD-10 diagnose te registreren bij elk dbc-zorgproduct. De komende jaren worden zowel dbc-diagnose als ICD-10 diagnose vastgelegd per gedeclareerd product.

Dit leidt in eerste instantie tot een grotere administratieve last, omdat het aantal registratieverplichtingen hierdoor is uitgebreid.[7]

Op het moment dat instellingen op termijn voor alle doelstellingen (bekostiging, medische registratie, sterftecijfer bepaling) dezelfde diagnose-informatie hanteren, kan dit juist tot meer eenvoud en minder administratieve lasten leiden. Wij achten de ICD-10 geschikt voor een dergelijke eenmalige registratie voor meervoudig gebruik. Op het moment dat we ervoor kiezen om meerdere doelen te ondervangen met één uniforme diagnoselijst ICD-10, dan zou dit ook betekenen dat de ICD-10-diagnose in de dbc-bekostiging wordt geïntegreerd.

Alvorens we hiertoe zouden besluiten achten we een beoordeling op (de kwaliteit van) de geregistreerde ICD-10 informatie van belang. Door een periode beide diagnosen parallel naast elkaar te registreren, kan een vergelijking gemaakt worden hoe de ICD-10 diagnose zich ten opzichte van de dbc-diagnose verhoudt. De huidige informatieverplichting, en een analyses op de resultaten van deze registraties, is nodig om een goed onderbouwde keuze te maken of de dbc-diagnoses vervangen moet worden door ICD-10. Door een periode beide diagnosen parallel naast elkaar te registreren ontstaat ook informatie die vervolgens gebruikt kan worden om de impact van een wijziging vervolgens zo minimaal mogelijk te laten zijn.

Tegelijkertijd zal het vervangen van de diagnosen in het bekostigingssysteem een majeure wijziging (trendbreuk) betekenen. Bij de invoering van de informatieverplichting zagen we bepaalde voordelen op het gebied van de thema's 'patiënt meer centraal' en 'vereenvoudiging', maar het is van belang om deze potentiële voordelen nogmaals goed te wegen voordat de wijziging eventueel wordt doorgevoerd. De beleidsmatige afweging is daarbij of een dergelijke fundamentele systeemwijziging nodig is om te borgen dat de zorgvraag van de patiënt in het systeem leidend wordt. Mogelijk zien partijen ook andere methoden of zijn bepaalde systeemknelpunten met de huidige diagnoselijsten te ondervangen. De beleidsvraag rondom ICD-10 in de bekostiging wordt vooruitlopend op een eventuele invoering met veldpartijen besproken.

4.1.2 Zorgzwaarte

VWS heeft in haar opdrachtbrief verzocht om te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om zorgzwaarte beter te accommoderen in de productstructuur. Binnen de dbc-systematiek komt zorgzwaarte in de productstructuur beter naar voren, dan in het eerste generatie dbc-systeem. Zo wordt binnen het dbc-systeem hoofdzakelijk op basis van zorgactiviteiten bepaald welk product er afgeleid wordt. Ook zijn de lengte van de verpleegduur, het aantal consulten en de zwaarte van operaties van invloed op de afleiding naar een product. De complexiteit van zorg voor patiënten komt hierdoor in ieder geval deels tot uiting in de zorgproducten. Ten algemene is het dbc-systeem een systeem van 'gemiddelden'. De daadwerkelijk geleverde zorg (en daarmee samenhangende kosten) binnen een zorgproduct kunnen per patiënt variëren. Hierdoor wordt per definitie een deel van de zorg 'ondergefinancierd' en een deel 'overgefinancierd'. Dit kan wellicht een knelpunt opleveren als één of meer instellingen relatief veel patiënten met een hoge zorgzwaarte behandelen. Het systeem van gemiddelden

---

[7] De ICD-10 diagnose is onderdeel van de informatie die nodig is om sterftecijfers te berekenen, waar instellingen op grond van NZa-regelgeving ook voor 1 juli 2015 toe verplicht waren.

kan dan voor de betreffende instelling(en) nadelig uitpakken. De vraag is dus of het noodzakelijk en mogelijk is om zorgzwaarte beter tot uitdrukking te laten komen in de productstructuur. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek naar de academische component (ROBIJN-traject)[8] en de registratie van ICD-10 kan bepaald worden of er aanleiding is voor het aanpassen van de productstructuur. Hierin kunnen ook uitkomsten van initiatieven in het veld, zoals registraties van zorgzwaarte-indicatoren op basis van patiëntkenmerken, meegenomen worden.

4.2 Reële prijzen

Het begrip 'reële prijzen' kan benaderd worden vanuit het perspectief van zorgaanbieder en zorgverzekeraar of vanuit het perspectief van de patiënt.

De roep om reële prijzen vloeit op dit moment vooral voort vanuit signalen dat de patiënt de rekening niet als reëel ervaart in relatie tot de geleverde zorg. De nota aan de zorgverzekeraar/patiënt is gebaseerd op een diagnose en een gemiddeld aantal verrichtingen (dbc-zorgproduct). Een dbc-zorgproduct heeft een gemiddelde (overeengekomen) prijs en is soms ook een stelpost of rekenprijs voor de afspraken op een hoger aggregatie niveau. Een patiënt verwacht een één-op-één relatie tussen de aan hem/haar geleverde zorg en de nota. Een nota gebaseerd op een gemiddeld aantal verrichtingen kan voor een patiënt leiden tot een moeilijk te begrijpen nota en tarief.
De patiënt zal vooral aandacht hebben voor de nota wanneer een deel van zijn eigen risico wordt aangesproken. Dit is het geval bij de poliklinische (ambulante) producten. Het zijn vooral deze producten waar patiënten aangeven het gevoel te hebben te hoog 'aangeslagen' te worden. Concluderend zijn er bij dit thema drie problemen:
- De systematiek van gemiddelden: de daadwerkelijk ontvangen zorg is niet precies gelijk aan het gemiddelde zorgprofiel per dbc-zorgproduct.
- Patiënten ervaren dat er onterecht aanspraak wordt gedaan op een te hoog deel van het eigen risico.
- Het eigen risico wordt verrekend op jaarbasis. De openingsdatum van een zorgproduct is leidend voor het verrekenen van het eigen risico; dit sluit niet altijd aan op de datum dat zorg is verleend.

Omdat het eigen risico rechtstreeks gekoppeld is aan de gedeclareerde prestatie (de prijs van de prestatie bepaalt de hoogte van het zelf te betalen bedrag via het eigen risico) treedt vermenging van beide problemen op. Hierbij is het van belang om het gebruik van de dbc-systematiek voor het verrekenen van het eigen risico te heroverwegen.

Ook in de contractering tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar zijn reële prijzen van belang.[9] Aangezien het merendeel van de medisch-specialistische zorg vrije tarieven kent, is dit primair een onderdeel van de onderhandeling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. In het gereguleerde segment is binnen de kaders van het max-maximumtarief ruimte om lokale prijsafspraken te maken. De rol van de NZa is hierin

---

[8] De NFU heeft in opdracht van VWS het programma ROBIJN (Rijks Overheids Bijdrage IJverig Nageplozen) opgestart, met als doel het integraal transparant maken van kosten en opbrengsten van de publieke taken van de umc's, het definiëren van de publieke taken van de umc's en het scherper definiëren van de topreferente functie (incl. meer transparantie over de feitelijke aanwending van middelen uit de academische component).
[9] Hierbij moet wel de kanttekening geplaatst worden dat het belang van individuele tarieven in de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar afhankelijk is van de contractsvorm.

beperkt. Wel kan de mate van homogeniteit en herkenbaarheid van de productstructuur de totstandkoming van reële prijzen in onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars faciliteren.

Voor beide dimensies van reële prijzen geldt dat het heroverwegen van de doelen/functies van de dbc-systematiek voorafgaat aan, en bepalend is voor, het uitwerken van dit thema als onderdeel van de strategische agenda.

4.3 Innovatieve vormen van bekostiging

Innovatieve manieren van bekostiging vormen geen doel op zich, maar kunnen een middel zijn om meer resultaatgerichte afspraken te maken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Met de term 'innovatieve vormen van bekostiging' doelen wij op een nieuwe (nog niet breed toegepaste) manier van afspraken maken tussen een zorgaanbieder en zorgverzekeraar waarbij prijs en volume en/of prijs en zorginhoud en/of volume en zorginhoud aan elkaar gekoppeld worden. In de praktijk wordt hieronder ook verstaan: het maken van afspraken die niet direct gebaseerd zijn op de NZa-prestaties.

De bouwstenen van het huidige declaratiesysteem (diagnosen en zorgactiviteiten) bieden al mogelijkheden om innovatief te contracteren.[10] De vraag is dan ook of het huidige systeem knellend is om innovatief te kunnen bekostigen. Tegelijkertijd kan de vraag gesteld worden of het huidige systeem innovatieve vormen van bekostiging voldoende stimuleert. Hierbij kan gedacht worden aan uitkomstbekostiging en populatiebekostiging. Ook zien we in de praktijk ontwikkelingen waarbij onderscheid wordt gemaakt in verschillende contractafspraken voor verschillende categorieën van zorg (acuut, chronisch, electief, etc.). De NZa monitort de experimenten in het veld ten aanzien van ontschotting/zorgarrangementen/substitutie, uitkomstbekostiging en deregulering.[11] De uitkomsten hiervan moeten een plek krijgen op de strategische agenda.

4.4 Bekostiging van innovatie

Om ook in de toekomst verzekerd te zijn van kwalitatief goede en betaalbare zorg zijn innovaties van groot belang. Onder innovaties verstaan wij nieuwe of vernieuwde zorglevering gericht op een betere prijs/kwaliteitsverhouding of gericht op verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt. Dit betreft dus zowel medisch-technologische innovaties als procesinnovaties. Een toekomstbestendige productstructuur moet geschikt zijn om ontwikkelingen in de zorg flexibel te kunnen verwerken. De productstructuur moet zo veel mogelijk ruimte laten aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor innovatie.

Op dit moment bestaan er diverse mogelijkheden om innovaties binnen de medisch-specialistische zorg te bekostigen. Zo biedt de beleidsregel Innovatie de mogelijkheid om kleinschalige experimenten tijdelijk te bekostigen. Ook is er binnen de productstructuur, vanwege trajectbekostiging en grotendeels vrije tarieven, ruimte om innovatieve zorg te incorporeren. Tegelijkertijd zijn er signalen dat met name de structurele bekostiging van innovatie in de praktijk moeizaam tot stand

---

[10] Zie NZa rapport 'Innovatieve inkoop medisch-specialistische zorg', december 2011.
[11] Zie Brief VWS 'Uitvoeringstoets experiment meer ruimte voor vrije prestaties in de bekostiging', maart 2016.

komt. Nadere analyse is nodig om te bepalen of de productstructuur de bekostiging van innovaties voldoende faciliteert dan wel stimuleert.

4.5 Vereenvoudiging en verminderen administratieve lasten

In hoofdstuk 2 hebben wij geschetst dat de veelheid aan doelen en functies van het dbc-systeem bijdragen aan complexiteit. Het vereenvoudigen van het dbc-systeem kan bijdragen aan het verminderen van de administratieve lasten. Administratieve lastendruk in de zorg is een belangrijk thema (zie ook actiedag 'Verminderen regeldruk'). Administratieve lastendruk kan zowel ontstaan door overheidsregels als door regels in het private verkeer tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Het is belangrijk om helder te krijgen wat wij verstaan onder administratieve lastendruk (definitie) en of en waar de lastendruk te hoog is. Hierbij is input vanuit veldpartijen onontbeerlijk. Dit geldt specifiek voor de bijdrage over het toepassen van het dbc-systeem in de zorg. Daarbij moet overigens onderscheid gemaakt worden in het dbc-systeem als vergoedingssysteem en de eisen die voor partijen gelden voor de verantwoording van uitgaven en declaraties. Eenmalige vastlegging van informatie aan de bron voor meervoudig gebruik kan het gebruik van het systeem in de praktijk vereenvoudigen (zie ook paragraaf 4.1.1. ten aanzien van ICD-10). Veldpartijen spelen hierbij een belangrijke, initiërende rol, aangezien dit betrekking heeft op de implementatie van het dbc-systeem in de dagelijkse werkprocessen en ICT-infrastructuur van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De NZa zal de komende periode, in overleg met velpartijen, de NZa regelgeving doorlichten met het oog op vereenvoudiging en daarmee vermindering van de administratieve lasten. Op onderdelen is er veel detailregulering, wat het aantal wijzigingsverzoeken stimuleert. Hoe meer detailregulering, hoe vaker bepaalde zorg niet past binnen de geldende regelgeving of prestaties. Tegelijkertijd bestaat er bij (veld)partijen wel behoefte aan een bepaalde mate van centrale regulering om uniformiteit en vergelijkbaarheid te waarborgen. De huidige regelgeving laat op verschillende punten ruimte voor verschillende interpretaties. Hierbij is het goed om op te merken dat de administratieve lasten niet zozeer te maken hebben met het aantal regels, maar met de duidelijkheid, uitvoerbaarheid en stabiliteit van de regels. De NZa zal de komende periode met veldpartijen verkennen welke mogelijkheden er zijn voor structurele vereenvoudiging van het systeem, mede op basis van de heroverweging van doelen/functies en het doorlichten van de regelgeving. Mogelijk biedt dit aangrijpingspunten om de onderwerpen 'vereenvoudiging' en administratieve lasten' te concretiseren voor de strategische agenda.

4.6 Concentratie en spreiding

In de zorgpraktijk zijn ontwikkelingen gaande rondom concentratie en spreiding zorg, netwerken en ketensamenwerking. Het dbc-systeem moet deze ontwikkelingen in ieder geval niet belemmeren. De NZa heeft per 2015 de prestatie en het tarief voor onderlinge dienstverlening vrijgegeven. Echter, in de praktijk wordt deze betaling als complex ervaren. Ook is er bij ketensamenwerking sprake van ervaren onduidelijkheid ten aanzien van governance en declaratierecht: wie kan en mag er declareren binnen en over de schotten heen? Deze vragen worden in de strategische agenda meegenomen.

5. Activiteitenkalender 2016-2020

Uitgangspunt bij de activiteitenkalender is de periode van rust en stabiliteit van 2016 tot 2020 met betrekking tot het doorvoeren van wijzigingen in het dbc-systeem. Deze periode wordt gebruikt om:

- Randvoorwaarden te creëren voor rust en stabiliteit en (daarmee) het faciliteren van de contractering.
- De doorontwikkeling vanaf 2020 vorm te geven.

In deze paragraaflichten we de activiteiten voor de periode van 2016 tot 2012 nader toe..

5.1 Voorwaardenscheppende activiteiten t.b.v. rust en stabiliteit en contractering

Onderstaande activiteiten dragen bij aan het faciliteren van de contractering, door het creëren van rust en stabiliteit, waar mogelijk vereenvoudigen van het systeem en het vervroegen van de beleidscyclus. Deze activiteiten zijn gericht op eventuele invoering in de periode van 2018 tot 2020.

- *Opstellen toetsingskader*: Het uitwerken van een toetsingskader voor 'noodzakelijke wijzigingen'. De NZa zal een gedragen werkwijze formuleren voor de beoordeling en verwerking van verzoeken tot wijziging in de vorm van een beleidsregel.[12] Wij stellen hierbij voor om deze beleidsregel te herzien, naar aanleiding van de wens van partijen om rust en stabiliteit. Dit moet bij voorkeur bekrachtigd worden door VWS en eventueel door veldpartijen via een bestuurlijk akkoord/convenant.
  Tijdspad: maart – september 2016
- *Vervroegen beleidscyclus*: Op dit moment stelt de NZa uiterlijk 1 juli jaar t-1 het beleid (prestaties, tarieven en regelgeving) voor jaar t vast. Wij hebben het voornemen om dit tijdstip te vervroegen naar 1 maart met het oog op de beleidscyclus 2018 en verder. Dit kan de contracteercyclus verder faciliteren, mede aangezien zorgverzekeraars hun inkoopbeleid voor jaar t op 1 april jaar t-1 kenbaar moeten maken. In de uitwerking zal ook het vervroegen van de correctierelease naar 1 juli jaar t-1, meegenomen worden.
  Tijdspad: maart – september 2016
- *Uitwerken 'quick wins'*: In paragraaf 3.3 benoemen wij enkele 'quick wins'. Deze zullen wij in 2016 uitwerken met veldpartijen. Gezien het streven om de beleidscyclus per 2018 te vervroegen is de verwachting dat deze 'quick wins' grotendeels niet per 2018 kunnen worden doorgevoerd.
  Tijdspad: maart – december 2016
- *Doorlichten regelgeving:* De NZa maakt, in overleg met veldpartijen, een doorstart met het doorlichten van de regelgeving. Welke regelgeving vanuit de NZa is noodzakelijk? Waar zitten mogelijkheden om de regelgeving aan te passen zodat dit tot meer eenvoud leidt? Hoe kunnen we de kenbaarheid, uitvoerbaarheid en hanteerbaarheid van de regelgeving verder verbeteren?
  Tijdspad: maart – december 2016

---

[12] De reikwijdte van de huidige beleidsregel 'Toetsingskader productstructuur en tarieven dbc-systematiek' (BR/CU-2145) is ook van toepassing op de curatieve ggz. Het afgelopen jaar) is er, na een intensief traject, een gewijzigde beleidsregel vastgesteld (inwerkingtreding per 1 september 2015.

- *Innovatie:* In hoeverre is het dbc-systeem faciliterend voor structurele bekostiging van procesmatige en medisch- technologische innovaties? De dbc-systematiek maakt, door het systeem van gemiddelden, in principe de bekostiging van innovaties goed mogelijk door de bestaande bandbreedte/vrijheidsgraden binnen de prestaties en het vrije of max max tarief. Toch zijn er signalen dat innovaties niet altijd adequaat of onvoldoende snel in het dbc-systeem worden opgenomen. In 2016 wil de NZa de productstructuur en regelgeving hierop gericht doorlichten.
  Tijdspad: maart – december 2016

5.2 Activiteiten voor doorontwikkeling vanaf 2020

De volgende activiteiten voeren wij, in overleg met veldpartijen, in de periode van 2016 tot 2020 uit in voorbereiding op een eventuele doorontwikkeling vanaf 2020. Eventuele wijzigingen die hieruit voortvloeien worden dus in beginsel niet doorgevoerd in de tussenliggende periode.

- *Monitoren experimenten:* Vanaf 2016 zal de NZa experimenten met daarin alternatieve manieren van prestatiebeschrijving, deregulering en/of bekostiging monitoren. Hierbij valt te denken aan experimenten over ontschotting en uitkomstbekostiging. De bevindingen zullen - daar waar mogelijk - worden meegenomen in de doorontwikkeling.
  Tijdspad: Continue proces; afhankelijk van voortgang experimenten
- *Heroverwegen doelen/functies dbc-systeem:* Wij zullen, in overleg met veldpartijen, de doelen en functies van het dbc-systeem heroverwegen. Hierbij zal ook worden beschreven welke doelen niet passen of beperkend zijn binnen het systeem. Dit vormt een belangrijk kader voor de doorontwikkeling op lange termijn.
  Tijdspad: april – september 2016
- *Uitwerken thema's strategische agenda*: De NZa zal de diverse thema's en de punten van de strategische agenda die in dit plan van aanpak zijn benoemd, samen met partijen, uit werken. Dit moet uitmonden in één integraal, samenhangend toekomstscenario. Dit kan in de vorm van een advies worden opgeleverd aan VWS.
  Tijdspad: oktober 2016 – december 2017
- *Vaststellen toekomstscenario vanaf 2020*: VWS zal, in afstemming met de NZa, op basis van bovengenoemd voorstel een besluit moeten nemen over de doorontwikkeling vanaf 2020.
  Tijdspad: Nader te bepalen
- *Opstellen implementatieplan*: Nadat besluitvorming over de doorontwikkeling voor 2020 en verder is vastgesteld kan er een implementatieplan worden opgesteld. De wijzigingen kunnen grofweg op twee manieren worden ingevoerd:
  - Stapsgewijs: de wijzigingen worden in opeenvolgende jaren gefaseerd ingevoerd.
  - 'Big bang': alle wijzigingen tegelijk doorvoeren na een aantal jaren van stabiliteit.

  Voor beide routes gelden als randvoorwaarden dat er sprake moet zijn van voldoende informatie, gedegen impactanalyses en voldoende voorbereidingstijd.
  Tijdspad: Nader te bepalen

5.3 Samenvatting

Kortom, allereerst stelt de NZa, in overleg met veldpartijen, een toetsingskader op voor de wijzigingen tot 2020. Vervolgens worden voorbereidingen getroffen om een besluit te nemen over de doorontwikkeling vanaf 2020. Daarna volgt het opstellen van een implementatieplan om de gewenste doorontwikkeling vanaf 2020 te kunnen realiseren.

6. Reacties naar aanleiding van consultatie

Dit plan van aanpak is in afstemming met (veld)partijen tot stand gekomen. Een belangrijke voorwaarde voor doorontwikkeling is het tijdig betrekken van veldpartijen en draagvlak voor eventuele veranderingen. Als startpunt heeft de NZa in het voorjaar 2015 met een aantal branchepartijen (NVZ, NFU, FMS en ZN)[13] verkennende gesprekken gevoerd. Op dat moment hadden partijen nog geen concreet beeld bij de gewenste doorontwikkeling. Partijen gaven aan dat verdere gesprekken met de achterban nog plaats moesten vinden. Wel werd het belang van stabiliteit op de korte termijn benadrukt. In de periode van december 2015 tot en met maart 2016 is via consultatiebijeenkomsten dit plan van aanpak besproken met (veld)partijen.[14] Ook hebben (veld)partijen de mogelijkheid gekregen om schriftelijk te reageren op het plan van aanpak. In dit hoofdstuk worden de reacties naar aanleiding van de consultatie op hoofdlijnen weergegeven en voorzien van een reactie van de NZa. Hiermee verantwoorden wij hoe de uitkomsten van de consultatie zijn verwerkt in het plan van aanpak.

6.1 Scope

Reactie consultatie: Veldpartijen hebben in hun reactie aangegeven dat helder moet zijn welke deelsectoren onderdeel uitmaken van de reikwijdte van dit plan van aanpak.
Bovendien hebben RN en Actiz benadrukt dat voor de medisch specialistische revalidatiezorg en geriatrische revalidatiezorg een doorontwikkeltraject loopt, gericht op invoering per 2019 of later. Dit plan van aanpak is voor de periode van 2017 tot 2020 vooral gericht op rust en stabiliteit, maar moet deze doorontwikkeltrajecten niet in de weg staan.
Daarnaast is door partijen opgemerkt dat een ‘knip’ tussen de middellange (periode 2017 - 2020) en lange termijn (vanaf 2020) wordt onderschreven. Echter, het jaar 2020 moet niet als harde scheidslijn worden gezien, aangezien er aan de randvoorwaarden voor een zorgvuldige implementatie van eventuele grote wijzigingen moet worden voldaan.

Reactie NZa: In de scope van het plan van aanpak hebben wij expliciet gemaakt dat het plan van aanpak betrekking heeft op de medisch-specialistische zorg, inclusief revalidatiezorg, kaakchirurgie, eerstelijnsdiagnostiek en trombosezorg.
Verder hebben wij in het plan van aanpak verduidelijkt dat het uitgangspunt ‘rust en stabiliteit’ voor de revalidatiesector op de middellange termijn niet van toepassing is, gezien de lopende doorontwikkeltrajecten binnen deze sector.
Tevens hebben wij benoemd dat de tijdslijnen richtinggevend zijn (in aansluiting op de opdrachtbrief van VWS), maar het jaar 2020 niet in beton gegoten is.

[13] De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, de Federatie Medisch Specialisten en Zorgverzekeraars Nederland

[14] NVZ, NFU, ZN, ZKN, FMS, RN, Actiz, KNMT, FENAC, SAN, FNT, Zorginstituut, VWS.

6.2 Route van 2017 naar 2020

Stringent toetsingskader
Reactie consultatie: Ten algemene is er een breed draagvlak vanuit veldpartijen voor het uitgangspunt van 'rust en stabiliteit' voor de middellange termijn, waarbij wijzigingsverzoeken op basis van een stringent toetsingskader worden beoordeeld. Veldpartijen benadrukken dat het toetsingskader ontwikkeld moet worden in nauwe afstemming met veldpartijen, waarbij de begrippen 'strikt noodzakelijk' en 'impact' van een goede definitie moeten worden voorzien. Partijen onderschrijven de noodzaak van een stringent toetsingskader. Echter, tegelijkertijd uiten partijen de wens om ruimte te houden om verbeteringen en/of correcties gedurende deze periode door te voeren.

Reactie NZa: De NZa onderschrijft de noodzaak van een stringent toetsingskader, dat in overleg met alle betrokken partijen tot stand moet komen. Een eerste verkenning met veldpartijen heeft reeds plaatsgevonden in het Technisch Overleg DOT in maart 2016. Wij benadrukken de noodzaak dat alle partijen (veldpartijen en overheidspartijen) het toetsingskader onderschrijven. Alleen dan is het mogelijk om rust en stabiliteit daadwerkelijk waar te kunnen maken. Het vaststellen van een toetsingskader zal betekenen dat bepaalde wijzigingen en beleidswensen uitgesteld worden, of helemaal niet doorgevoerd kunnen worden. Alle betrokken partijen moeten deze consequenties onderkennen en aanvaarden.

'Quick wins'
Reactie consultatie: Ten aanzien van de 'quick wins' wordt door veldpartijen aangegeven dat de impact van deze voorgenomen wijzigingen goed moet worden onderzocht, alvorens tot invoering over te gaan. Daarnaast wordt de kanttekening geplaatst dat de vraag is op welke termijn deze 'quick wins' kunnen worden doorgevoerd.

Reactie NZa: Bij het uitwerken van de 'quick wins' maken wij een afweging tussen noodzaak en impact. De 'quick wins' dienen urgente knelpunten op te lossen, maar mogen niet het uitgangspunt van rust en stabiliteit op de middellange termijn ondergraven. Gezien het streven om de beleidscyclus per 2018 te vervroegen is de verwachting dat deze 'quick wins' grotendeels niet per 2018 kunnen worden doorgevoerd.

Reactie consultatie: Het niet meer jaarlijks herijken van de tarieven wordt in beginsel onderschreven. Echter, er kunnen zich situaties voordoen waarbij het niet wenselijk is om enkele jaren te wachten met het aanpassen van de tarieven. Hiervoor moet ruimte blijven in de dbc-systematiek en bijbehorende onderhoudscyclus.

Reactie NZa: Het uitgangspunt betreft het niet meer jaarlijks integraal herijken van de tarieven. Dit laat onverlet dat situationeel herijken van de tarieven in een eerder stadium mogelijk is, indien er sprake is van urgente knelpunten in de bekostiging.

6.3 Route vanaf 2020

ICD-10
Reactie consultatie: Veldpartijen uiten hun zorgen over de noodzaak en wenselijkheid van het koppelen van ICD-10 aan de bekostiging. Enerzijds spelen inhoudelijke argumenten hierbij een rol. In hoeverre is ICD-10 een bruikbaar instrument voor het opnemen van diagnose-informatie in de bekostiging? Anderzijds benoemen partijen impact van een dergelijke

fundamentele wijziging en de betrouwbaarheid van de huidige registraties als aandachtspunten.

Reactie NZa: De NZa heeft ICD-10 in het plan van aanpak opgenomen, omdat VWS opdracht heeft gegeven om ICD-10 te koppelen aan de bekostiging. Deze opdracht willen wij stroomlijnen en integraal benaderen vanuit het plan van aanpak. De NZa ziet ICD-10 niet als doel, maar als potentieel middel om het thema 'patiënt meer centraal' vorm te geven. Ook kan ICD-10 bijdragen aan het uniformeren van medische en financiële registraties en een positieve rol spelen bij het verminderen van administratieve lasten. In het plan van aanpak zijn de passages over ICD-10 op bovenstaande punten genuanceerd.

Reële prijzen
Reactie consultatie: Het thema 'reële prijzen' dient niet alleen benaderd te worden vanuit het perspectief van de patiënt, maar ook vanuit het perspectief van zorgaanbieder en zorgverzekeraar, aldus veldpartijen. Ook in de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn reële prijzen van belang om het systeem van prestatiebekostiging en marktwerking te laten slagen.

Reactie NZa: Dit thema hebben wij primair ingestoken vanuit het perspectief van de patiënt, in lijn met de opdrachtbrief van VWS. Wij onderkennen dat reële prijzen ook in de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar van belang is. De rol voor de NZa is hierin echter beperkt, aangezien veldpartijen door het grote vrije segment met integrale tarieven en het gereguleerde segment met max-max tarieven, de ruimte hebben om passende prijsafspraken te maken. Dit laat onverlet dat de productstructuur reële prijsvorming niet moet belemmeren. Hierom hebben wij in het plan van aanpak de verschillende invalshoeken ten aanzien van dit thema geëxpliciteerd.

Reactie consultatie: De transparantie naar de verzekerde/patiënt van de zorgkosten is belangrijk. Dit thema is gepositioneerd als onderdeel van de lange termijn doorontwikkeling (vanaf 2020). Hoe zorgen we dat dit thema ook op de korte en middellange termijn op de agenda blijft?

Reactie NZa: De NZa is voornemens in 2016 een evaluatie van de zorgnota uit te voeren. De afgelopen periode is de zorgnota uitgebreid met zorgactiviteiten en zijn de consumentenomschrijvingen verbeterd. De NZa wil evalueren in hoeverre deze maatregelen hebben bijgedragen aan de beoogde doelen, zoals onder meer het verbeteren van de controlemogelijkheden van de nota door zorgverzekeraar en patiënt en het vergroten van het kostenbewustzijn van de patiënt. Deze evaluatie wordt vormgegeven in afstemming met de werkgroep Kostenbewustzijn van VWS. Dit kan leiden tot aanbevelingen hoe de transparantie over zorgkosten richting de verzekerde/patiënt kan worden verbeterd. Hierbij kijken we primair naar mogelijkheden die niet leiden tot wijzigingen in de productstructuur, zodat rust en stabiliteit op korte en middellange termijn gewaarborgd blijft.

Bekostiging van innovatie
Reactie consultatie: De bekostiging van innovatie benoemen veldpartijen als apart, extra thema voor op de strategische agenda (naast het thema innovatieve vormen van bekostiging).

Reactie NZa: Wij hebben het thema ' bekostiging van innovatie' toegevoegd. De NZa onderschrijft het belang van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van innovaties.

Vereenvoudiging en administratieve lasten
Reactie consultatie: Partijen geven aan dat niet zozeer het aantal regels, maar de duidelijkheid, uitvoerbaarheid en controleerbaarheid van de regels bepalend zijn voor administratieve lastendruk. Ook geven partijen aan dat afstemming tussen de verschillende trajecten die lopen op het gebied van verminderen regeldruk en deregulering van belang is.

Reactie NZa: Wij herkennen deze signalen en hebben bovengenoemde aandachtspunten verwerkt in het plan van aanpak. De NZa gaat graag verder met partijen in overleg hoe wij kunnen bijdragen aan het verminderen van de administratieve lastendruk. Input vanuit het veld is hierbij van cruciaal belang. De NZa en VWS werken samen op het gebied van verminderen regeldruk en deregulering, zodat de trajecten zoveel mogelijk gestroomlijnd worden.

Concentratie en spreiding
Reactie consultatie: Partijen benadrukken dat de bekostiging niet belemmerend mag werken voor afspraken tussen samenwerkende instellingen. Hierbij is aandacht nodig voor de administratieve lasten in de uitvoeringspraktijk. Ook dient dubbele bekostiging te worden voorkomen.

Reactie NZa: Wij hebben het thema 'concentratie en spreiding' als apart thema opgenomen op de strategische agenda. Voor de NZa is hierbij het uitgangspunt dat de bekostiging voldoende ruimte moet bieden om voor de patiënt 'zorg op de juiste plek' te laten plaatsvinden. De concrete uitwerking van dit thema pakken wij graag op, in afstemming met betrokken veldpartijen.

6.4 Activiteitenkalender

Algemeen
Reactie consultatie: Veldpartijen geven aan behoefte te hebben aan nadere concretisering van de planning van de activiteiten op de activiteitenkalender.

Reactie NZa: In het plan van aanpak hebben wij de activiteiten voorzien van een mijlpalenplanning en onderscheid gemaakt tussen 'voorwaarde scheppende activiteiten ten behoeve van rust en contractering' en 'activiteiten ten behoeve van doorontwikkeling vanaf 2020'. Hiermee wordt onder meer duidelijk dat het opstellen van het toetsingskader en het vervroegen van de beleidscyclus activiteiten zijn die op korte termijn met prioriteit worden opgepakt. De punten voor de lange termijn zullen verder uitgewerkt moeten worden, voordat hier een concrete planning aan kan worden gekoppeld.

Vervroegen beleidscyclus
Reactie consultatie: Veldpartijen vragen aandacht voor het vervroegen van de beleidscyclus om de onderhandelingen te faciliteren. Concreet wordt door ZN de nadrukkelijke wens geuit om met ingang van de beleidscyclus 2018 uiterlijk op 1 maart jaar t-1 het beleid voor jaar t vast te stellen.

Reactie NZa: Wij zien het belang van het vervroegen van de beleidscyclus, om de contractering verder te faciliteren. Hierbij is de ambitie om de beleidscyclus goed aan te sluiten op het kenbaar maken van het inkoopbeleid voor jaar t door zorgverzekeraars op 1 april van jaar t-1. De NZa verkent, in afstemming met veldpartijen en VWS, de mogelijkheden om de beleidscyclus voor 2018 verder te vervroegen. Dit

met het oog op het vaststellen van de prestaties, tarieven en regelgeving medisch-specialistische zorg voor 2018 (RZ18a) in het voorjaar (maart/april) van 2017. De correctierelease RZ18b zou hiermee uiterlijk 1 juli 2017 vastgesteld kunnen worden. Hierbij is het goed om op te merken dat om de beleidscyclus te kunnen vervroegen, tijdige besluitvorming over relevante wetgeving (o.a. financiële kaders, indexatie, verzekerde pakket) en beleidswensen vanuit het ministerie van VWS een randvoorwaarde is. Daarnaast heeft het vervroegen van de beleidscyclus gevolgen voor verzoeken vanuit zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor wijzigingen in beleid, prestaties en/of tarieven. Bij uitwerking van het vervroegen van de beleidscyclus zullen de gewijzigde besluitvormings- en indieningstermijnen kenbaar worden gemaakt.

Doorlichten regelgeving

Reactie consultatie: Partijen benadrukken dat bij het doorlichten van de regelgeving nog geen voorschot genomen moet worden op mogelijke oplossingsrichtingen, zoals het niet meer publiek vaststellen van definities van zorgactiviteiten door de NZa.

Reactie NZa: Aangezien de activiteitenkalender primair bedoeld is om onderwerpen te agenderen hebben wij in het plan van aanpak potentiele oplossingsrichtingen verwijderd.